

Jędrzej SKRZYPCZAK

Poznań

Kompetencje samorządu zawodowego lekarzy w zakresie odpowiedzialności zawodowej w Polsce

Historia odpowiedzialności zawodowej lekarzy¹ jest w istocie historią deontologii lekarskiej², ale również ewolucją form organizacji przedstawicieli zawodu medyków³. Początkowo była to jedyna forma odpowiedzialności prawnej członków korporacji zawodowej, a dziś jedna z wielu rodzajów odpowiedzialności, będąca wyłączną kompetencją samorządu zawodowego⁴. Rozwój odpowiedzialności zawodowej to historia zbiorów czy kodeksów deontologii zawodowej⁵. Stąd też można postawić tezę, że sprawowanie odpowiedzialności zawodowej przez organy samorządu zawodowego to jedna z jego najważniejszych kompetencji, uzasadniających fakt istnienia tego rodzaju struktur⁶. Poniżej podjęto próbę wykazania, że tego rodzaju uprawnienie korporacyjne funkcjonuje od początku istnienia tego rodzaju organizacji. Twierdzenie takie znajduje ponadto po-

¹ Pod pojęciem odpowiedzialności zawodowej, zwanej także wewnątrz korporacyjną należy rozumieć możliwość kontroli postępowania członków samorządu zawodowego przez kompetentne organy tej korporacji, skutkującą odpowiedzialnością prawną pozostającą w związku z wykonywaniem danego zawodu. Patrz szerzej E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 11 i 23 oraz eadem, *Odpowiedzialność zawodowa*, w: *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003, s. 180; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 468.

² Przyjmuje się, iż pojęcie „deontologia” stworzone zostało na przełomie XVIII i XIX w. przez Jeremy’ego Benthama, poprzez połączenie słów „deon” – czyli obowiązek i „logos” – mowa, nauka. Nie oznacza to, że dopiero wówczas stworzono zasady etyczne lekarzy. Zbiory powinności i dyrektyw deontologicznych obowiązywały bowiem od wieków. *Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej*, red. T. Kielanowski, Warszawa 1980, s. 11, a także R. Meissner, *Rozważania nad deontologią lekarską*, w: *Wybrane problemy deontologii lekarskiej*, red. R. Szulc, Poznań 1999, s. 9; T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996, s. 15.

³ Co do pojęcia zawodu patrz szerzej J. Sobczak, *Korporacje prawnicze – potrzeba czy iluzja?*, w: R. Kmiecik, *Z badań nad samorządem zawodowym w Polsce*, Poznań 2010, s. 43–46.

⁴ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej...*, op. cit., s. 87. Dziś lekarz za ten sam czyn obok odpowiedzialności zawodowej może ponieść odpowiedzialność karną, cywilną, za wykroczenia, pracowniczą.

⁵ Kodeks zawodowy jest wyraźną deklaracją pewnej moralności, związanej z odgrywaniem jakiejś roli społecznej. Ich funkcją jest odróżnienie norm obowiązujących w ramach zawodu od norm narzuconych z zewnątrz, np. przez rządy, choć zakresy tych norm mogą się czasami nakładać, a nawet być identyczne. Kodeksy zazwyczaj wyszczególniają także reguły postępowania i zobowiązania wobec innych członków zawodu. L. Beauchamp, J. F. Childress, op. cit., s. 15. Na ziemiach polskich w 1519 r. Zygmunt I Stary wydał rozporządzenie *O niedoskonałych lekarzach*, przewidujące surowe kary za pomyłki lekarskie. Polski tekst przysięgi Hipokratesa znany był w XV w. i pochodził z Akademii Krakowskiej, a przeznaczony był dla licencjatów medycyny ubiegających się o stopień doktora. (A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, Warszawa 1975, s. 9). Wymienić tu należy także statut z Akademii Krakowskiej z 1433 r. zawierający nakazy etyczne dla adeptów sztuki lekarskiej. (A. Kielanowski, *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych*, w: idem (red.), op. cit., s. 158). Kolejna znana wersja to tzw. *Obietnica Fakultetowa* z XIX w. (A. Tulczyński, op. cit., s. 10, a także A. Kielanowski, *Historia...*, op. cit., s. 158–159).

⁶ R. Kmiecik, *Samorząd zawodowy w strukturze administracyjnej państwa*, w: idem (red.), op. cit., s. 24. O roli samorządu zawodowego lekarzy w realizacji dobra wspólnego oraz wyniki badań dotyczących oceny działalności organów samorządu zawodowego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej patrz szerzej P. Kordel, K. Strzelczyk, *Działalność izb lekarskich jako element realizacji dobra wspólnego*, w: R. Kmiecik, (red.), op. cit., s. 138–139.

twierdzenie w art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.⁷ W drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego sprawujące pieczę nad należytyim wykonywaniem tych zawodów⁸ w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony⁹.

Samorząd zawodowy lekarzy w Polsce wyłonił się z kolegów medycznych. W 1651 r. po raz pierwszy w Polsce podjęto próbę utworzenia *Collegium Medicum* w Gdańsku, którą to próbę ponowiono w 1677 r.¹⁰ W 1752 r. Mitzler de Koloff uzyskał od króla Augusta III przywilej założenia w Warszawie *Collegium Medicum*. Do zadań tego ciała zaliczono m.in. krzewienie wiedzy medycznej oraz dbałość o zdrowie publiczne. W zaborze pruskim każda prowincja posiadała *collegium medicum* składające się wyłącznie z lekarzy¹¹. Większą rolę odgrywały jednak powstające na ziemiach polskich w II poł. XIX w. towarzystwa lekarskie. Pierwszym było utworzone w 1805 r. Towarzystwo Lekarskie Wileńskie¹². Znaczącą okazała się także ustawa tego stowarzyszenia z 12 grudnia 1805 r., w której sformułowano jako podstawowy cel tej organizacji, stanie na straży zasad przyjętych w medycynie. Podobnie Towarzystwo Lekarskie w Warszawie w przyjętej ustawie z 6.12.1820 r., a później w regulaminie z 6.12.1882 r., w dziale XI zatytułowanym *Zastrzeżenia dyscyplinarne. Załatwianie sporów* w 10 paragrafach opisywało procedurę postępowania w przypadkach konfliktów pomiędzy członkami towarzystwa oraz pomiędzy lekarzami nienależącymi do tej organizacji. Późniejszy regulamin z 11 stycznia 1917 r. nie zawierał żadnych postanowień dotyczących tej kwestii, ale to zapewne z tej przyczyny, że zrodziły się już wówczas projekty powołania do życia organów samorządu lekarskiego¹³.

⁷ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm. Patrz szerzej P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, s. 29–30; B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2009, s. 115–118.

⁸ Co do pojęcia „sprawowanie pieczy” w doktrynie nie ma jednoznacznego stanowiska. Podkreśla się, że pojęcie sprawowania pieczy należy rozumieć jako *instruktaż, doradztwo, wyjaśnienie. Oczywiście, nie można wykluczyć stosowania także niektórych władczych, zbliżonych do nadzoru, form oddziaływania*. (J. Sobczak, op. cit., s. 47–48). Odnieść można też pogląd, iż *piecza korporacji samorządowej nad należytyim wykonywaniem zawodu nie została w pełni zdecydowana, ale do elementów pieczy zalicza się wpływ samorządu na ocenę kandydatów do danego zawodu oraz adekwatną reprezentację samorządu w przeprowadzeniu egzaminów* (tak B. Banaszak, op. cit., s. 117).

⁹ Co do pojęcia interes publiczny patrz szerzej ibidem, s. 48. O roli samorządu w systemie demokratycznym patrz szerzej S. Wykrętowicz, *Samorząd jako wyraz demokracji obywatelskiej*, w: *Samorząd w Polsce – istota, formy, zadania*, red. idem, Poznań 2008, s. 59.

¹⁰ B. Seyda, *Dzieje medycyny w zarysie*, cz. I, Warszawa 1962, s. 439.

¹¹ Ibidem, s. 440.

¹² Lokalne towarzystwa lekarskie powstawały wówczas także w innych miastach. Wymienić tu wypada organizacje powstałe w Krakowie w 1821 r., w Poznaniu 1866 r., w Radomiu 1871 r., w Płocku w 1872 r., w Lublinie 1874 r., w Kaliszu 1877 r. oraz w Łodzi w 1885 r. Pamiętać także trzeba o tworzonim w latach osiemdziesiątych XIX w. Warszawskim Towarzystwie Higienicznym. Z kolei w zaborze pruskim powstało w 1857 r. Poznańskie Towarzystwo Nauk, skupiające m.in. lekarzy, natomiast pod panowaniem austriackim utworzono Towarzystwo Lekarskie Krakowskie dnia 16.11.1866 r. Przyjęta w tym samym roku ustawa tego zrzeszenia wymieniała, jako jeden z celów utrzymanie godności powołania oraz obronę interesów lekarzy. Z kolei w 1867 r. powstało Towarzystwo Lekarzy Galicyjskich, które w 1877 r. wyodrębniło dwie sekcje, m.in. lwowską, która następnie w 1901 r. przekształciła się w Towarzystwo Lekarskie Lwowskie. Nie można też zapomnieć o znaczącej roli Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej powstałego 8 sierpnia 1916 r., które za cel postawiło sobie m.in. opracowanie podstaw prawnych dla samorządu lekarskiego. (J. Skrzypczak, *Historia odpowiedzialności zawodowej lekarzy w Polsce*, „Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej” 2001, nr 4/5, s. 68–76 i przywołana tam literatura).

¹³ A. Tulczyński, op. cit., s. 12; A. Kielanowski, *Historia...*, op. cit., s. 160. W 1825 r. ukazała się – wywołując wiele kontrowersji – książka dr Jakuba Fryderyka Hoffmanna zatytułowana *Doctrina perversa, czyli nauki doświadczanego praktyka dane synowi, który w stopniu doktora medycyny z zagranicy wraca*, opisująca praktyki handlu

W zaborze pruskim w 1887 r. stworzono Izbę Lekarską Poznańską, Zachodnio-Pomorską, Wschodnio-Pomorską i Śląską. Były to struktury skupiające przede wszystkim lekarzy niemieckich, a językiem urzędowym był niemiecki. Dlatego też niewielu Polaków zdecydowało się na udział w tych strukturach z pobudek patriotycznych i niepodległościowych¹⁴.

Począwszy od 1873 r. trwały prace nad powołaniem izby lekarskiej w zaborze austriackim. W zabiegach tych brało udział także kilku polskich lekarzy. Starania te zakończyły się przyjęciem w dniu 22 grudnia 1891 r. przez parlament austriacki stosownej ustawy. Utworzono wówczas Zachodnio-Galicyską Izbę Lekarską z siedzibą w Krakowie i Wschodnio-Galicyską z centralą we Lwowie i językiem polskim jako językiem urzędowym¹⁵.

Po odzyskaniu niepodległości funkcjonowanie samorządu zawodowego zagwarantowano w art. 68 Konstytucji marcowej. Konkretyzując tę normę powołano samorząd lekarski na mocy ustawy z 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania izb lekarskich¹⁶. Do zadań samorządu lekarskiego zaliczono m.in. krzewienie zasad etyki, godności i sumienności zawodowej oraz sądownictwo dyscyplinarne i polubowne. W art. 28 ustawy kompetencje do sprawowania sądownictwa z zakresu odpowiedzialności zawodowej zagwarantowano organom izb lekarskich, czyli sądom okręgowych izb lekarskich i sądowi Naczelnej Izby Lekar-

organami i naganne kampanie reklamowe lekarzy. Ostrej krytyce poddano tam także inne naruszenia podstawowych zasad przysięgi hipokratesowej. (Ibidem, s. 13). Ważną datą wydaje się również rok 1847, kiedy ukazał się artykuł Ignacego Lebela zatytułowany *O stanie lekarskim, rzecz czytana na posiedzeniu publicznym*. Rozpoczyna on bowiem dyskusję w Towarzystwie Lekarskim Warszawskim nad koniecznością stworzenia kodeksu deontologii lekarskiej (A. Tulczyński, op. cit., s. 14). W 1876 r. ogłoszono *Uchwały Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich w przedmiocie obowiązków lekarzy względem swych kolegów i zawodu lekarskiego w ogóle*, (opublikowane w „Dwutygodniku Higienicznym” 1876, nr 14), będące pierwszą próbą zgromadzenia w jednym zbiorze zasad etyki lekarskiej. Dokument ten składał się z trzech grup postanowień: nakazów przestrzegania godności zawodowej, zakazów postępowania nieliczącego z powagą zawodu oraz norm chroniących interes zawodowy tej grupy zawodowej. W 1877 r. powołano komitet mający za zadanie opracowanie nowych zasad w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim. W cztery lata później ukonstytuował się nowy komitet, a 29 kwietnia 1884 r. przyjęło nowy zbiór zasad etyki zawodowej *Zasady obowiązków i praw lekarzy* (A. Tulczyński, op. cit., s. 17 i 20, oraz 87). Z kolei w Krynicy 7 lipca 1893 r. grupa lekarzy ogłosiła liczący 10 zasad zbiór zasad etyki i deontologii lekarskiej. Patrz także J. Skrzypczak, op. cit., s. 68–76.

¹⁴ A. Baszkowski, *Wielkopolska Izba Lekarska. Historia samorządu lekarskiego*, w: *Zdrowie publiczne i medycyna społeczna. Skrypt dla studentów AM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu*, red. E. P. Wąsiewicz, Poznań 2000, s. 202–203. Dla środowiska polskich lekarzy większe znaczenie wywarły ogłoszone w grudniu 1901 r. ustawy etyczne Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

¹⁵ A. Baszkowski, op. cit., s. 203. Wybory do władz samorządu lekarskiego odbyły się w 1893 r. (A. Tulczyński, op. cit., s. 22). Izby te opracowały w latach 1895–1896 własne kodeksy deontologiczne. Delegaci zaboru austriackiego zebrani 25 listopada 1894 r. w Wiedniu zdecydowali się na opracowanie wzorcowego projektu kodeksu deontologicznego dla wszystkich izb, który został zatwierdzony 30 maja 1896 r. Projekt ten przyjęła następnie Izba Lekarska Zachodnio-Galicyska 29 grudnia 1896 r. jako *Zasady postępowania lekarzy wobec siebie i wobec publiczności*. Natomiast Izba Lekarska Wschodnio-Galicyska 12 stycznia 1897 r. przyjęła *Zasady etyki lekarskiej*, zobowiązując Radę Honorową Izby Lekarskiej do interweniowania w przypadkach naruszenia przez lekarza obowiązków wobec Izby oraz w sytuacjach poniżenia godności zawodu (ibidem, s. 23). Na X Zjeździe Lekarzy i Przyrodników we Lwowie w 1907 r. podjęto inicjatywę ujednolicenia norm deontologicznych dla wszystkich ziem polskich znajdujących się pod zaborem. Zaprezentowano nawet projekt takiego kodeksu, przygotowany w oparciu o kodeksy obu izb galicyjskich, Przedlitawii, poznański i projekt lekarzy paryskich. W rezultacie 24 lipca 1907 r. przyjęto Kodeks deontologii lekarskiej (J. Skrzypczak, op. cit., s. 68–76).

¹⁶ Dz. U. 1921, Nr 105, poz. 763; S. Wykrętowicz, *Samorząd jako wyraz demokracji obywatelskiej*, w: *Samorząd w Polsce. Istota, formy, zadania*, red. idem, Poznań 1998, s. 32–33. Utworzono Naczelną Izbę Lekarską oraz okręgowe izby lekarskie. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia Publicznego z 15 marca 1922 r. w przedmiocie utworzenia izb lekarskich (publik. w: Dz. U. RP 1922, Nr 41, poz. 353), wydanym na podstawie upoważnienia ustawowego, powołano siedem izb: dla miasta stołecznego Warszawy, warszawsko-białostocką, łódzką, krakowską, poznańsko-pomorską, lwowską oraz lubelską. Jednocześnie zniesiono odziedziczone po porządkach prawnych państw zaborczych dotychczasowe struktury. (Por. J. Skrzypczak, op. cit., s. 68–76).

skiej. Lekarzy orzekających w sądach izb lekarskich wybierano większością głosów przez radę izby lekarskiej na okres roku, przy czym na następny rok wybierano tylko połowę składu wybieranego w drodze losowania¹⁷. W art. 33 ustawy przewidziano następujący katalog kar: ostrzeżenie, napomnienie, nagana, zawieszenie prawa wykonywania zawodu, wykreślenie z listy członków samorządu zawodowego. Istniała możliwość zaostreżenia jednej z wymienionych kar poprzez ogłoszenie w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich z podaniem imienia i nazwiska, odebranie czynnego i biernego prawa wyborczego do organów izb oraz nałożenie grzywny do 50 000 marek. Przewidziano z jednej strony instytucję rzecznika dyscyplinarnego, którym był jeden z członków sądu, a z drugiej zagwarantowano prawo do obrony obwinionego, realizowane poprzez możliwość powołania obrońcy spośród członków izby lekarskiej. Rozstrzygnięcie o winie obwinionego lekarza mogło nastąpić tylko po przeprowadzeniu rozprawy, która była zasadniczo tajna. Od decyzji I instancji przysługiwało stronom, a więc tylko rzecznikowi i obwinionemu, odwołanie do Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej. Taki stan gwarantowały normy prawne, jednakże praktyka była niekiedy inna¹⁸. W 1925 r. z inspiracji Międzynarodowej Federacji Dentystycznej (FDI) stworzono odrębny Kodeks deontologii dentystrycznej¹⁹. Z kolei w 1929 r. opublikowano *Zasady deontologii lekarskiej* dla Wileńsko-Nowogródzkiej Izby Lekarskiej, zawierający aż 95 paragrafów. W latach 1929–1931 funkcjonowała specjalna komisja powołana przez Naczelną Izbę Lekarską, która wypracowała projekt ogłoszony drukiem w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich. Zmiany w tym stanie prawnym przyniosła ustawa z 15 marca 1934 r. o izbach lekarskich²⁰, która przyznawała *expressis verbis* każdej izbie lekarskiej osobowość prawną. Przynależność lekarzy do

¹⁷ Następnie członkowie izb lekarskich wybierali przewodniczącego i tylu jego zastępców ile planowano powołać kompletów orzekających oraz pisarza jeneralnego. Sądy lekarskie orzekały w składzie albo wszystkich członków w sprawach o zawieszenie i pozbawienie prawa wykonywania zawodu (większością 2/3 głosów) albo w kompletach od 4–6 członków wraz z przewodniczącym lub jego zastępcą w pozostałych sprawach. Przewidziano możliwość wyłączenia sędziego według zasad określonych w Kodeksie postępowania karnego. (J. Skrzypczak, op. cit., s. 68–76).

¹⁸ Wiele problemów sprawiało samo powołanie sądów lekarskich. W roku 1925 „Nowiny Lekarskie” w alarmistycznym tonie donosiły, że nadal nie ukonstytuował się Sąd Naczelnej Izby Lekarskiej. Stąd też sprawy rozstrzygnięte w pierwszej instancji przez sądy okręgowych izb lekarskich nie mogły doczekać się ostatecznego zakończenia. Taka zwłoka wynikała z wątpliwości interpretacyjnych rodzących się na gruncie art. 34 ustawy z 2 grudnia 1921 r., a mianowicie kto ma prawo wydania ostatecznego orzeczenia. Zgłoszony projekt nowelizacji zakładał, aby umożliwić odwołanie od decyzji Sądu NIL do Sądu Najwyższego. Proces legislacyjny jednak przeciągał się, co skutkowało zwłoką w powołaniu Sądu II instancji („Nowiny Lekarskie” 1925, s. 87). Pojawiły się także i inne problemy. Dyskutowano m.in. nad treścią przysięgi składanej przez świadków przed sądami izb lekarskich. Postulowano, aby z treści przyrzeczenia wyeliminować odwołania religijne (W. Machowski, „Nowiny Lekarskie” 1927, s. 32). Działalność sądów była także ostro krytykowana w ówczesnej prasie. Przywołać tu można chociażby głos prof. dr J. Szymańskiego, który na łamach czasopisma „Lekarz Polski” przyznawał (cyt.) ...*Rzeczywiście, pewna ilość wyroków tak nie odpowiada poczuciu zwykłej sprawiedliwości, a nawet praworządności, że była skasowana przez czynniki miarodajne, wyższe i więcej zrównoważone. Bywały przypadki, że sądy Izb wydawały wyroki sprzeczne z obowiązującym prawem Rzeczypospolitej, albowiem naruszały prawa innych instytucji, upoważnionych do korzystania z nich ustawami Państwa Polskiego*. W 1929 r. przyjęto projekt regulaminu Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej. Podlegał on następnie za twierdzeniu przez Ministra Zdrowia. Wynikało z niego chociażby to, iż członek tego Sądu nie mógł być jednocześnie członkiem sądu okręgowej izby lekarskiej. Spośród członków Sądu wybierano większością kwalifikowaną 2/3 przewodniczącego zamieszkałego obowiązkowo w Warszawie. Do zadań przewodniczącego, oprócz sprawowania funkcji organizatorskiej, reprezentacyjnej i administracyjnej, należał także obowiązek wyznaczania składu orzekającego w Sądzie NIL, ale także rzecznika dyscyplinarnego, choć działało się to według z góry ustalonej kolejności. Przy czym w przypadku oskarżyciela, powinien to być lekarz z tego samego okręgu, w którym zamieszkiwał obwiniony. (Tak J. Skrzypczak, op. cit., s. 68–76).

¹⁹ A. Tulczyński, op. cit., s. 35.

²⁰ Dz. U. 1934, Nr 31, poz. 275.

samorządu zawodowego była obowiązkowa, a jednym z podstawowych zadań miało być krzewienie etyki, godności i sumienności zawodowej oraz sądownictwo dyscyplinarne i polubowne²¹. Sprawowanie sądownictwa polubownego powierzono również sądom dyscyplinarnym. W art. 10 ustawy zobowiązano wszystkich członków izb lekarskich do przestrzegania zasad etyki oraz godnego zachowania i sumiennego wykonywania swoich obowiązków zawodowych. Za złamanie tych zasad groziła odpowiedzialność zawodowa, która nie wykluczała innych trybów odpowiedzialności²². W art. 21 zamieszczono następujące rodzaje kar: upomnienie, nagana, zawieszenie w prawach członka izby na czas określony oraz skreślenie z listy członków²³. Postępowania dyscyplinarne były dwuinstancyjne. W I instancji właściwymi były sądy dyscyplinarne okręgowych izb lekarskich, składające się z 12–18 członków wybieranych przez rady izb lekarskich, a w II instancji Sąd Dyscyplinarny Naczelnej Izby Lekarskiej składający się z 18 osób, w tym 9 członków wybieranych przez Walne Zgromadzenie Izb Lekarskich, 5 spośród lekarzy przez Ministra Opieki Społecznej oraz 4 mianowanych przez Ministra Sprawiedliwości spośród sędziów. Sąd ten obradował w składach 5-osobowych złożonych z dwóch lekarzy wybranych przez Walne Zgromadzenie, dwóch lekarzy Ministra Opieki Społecznej oraz jednego sędziego zawodowego. Sądy w zakresie orzecznictwa były niezawisłe. Przewidziano instytucję sądów polubownych sprawowanych przez sądy dyscyplinarne na podstawie zapisu na sąd polubowny przy zastosowaniu przepisów procedury cywilnej. W tym trybie rozstrzygano między innymi spory lekarzy i pacjentów, za pisemną zgodą stron. Trzeba też przypomnieć rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z 7 kwietnia 1936 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości o postępowaniu dyscyplinarnym izb lekarskich²⁴. Postępowanie przed sądem dyscyplinarnym było wszczynane na podstawie wniosku o ukaranie sporządzonego przez zarząd okręgowej izby lekarskiej. Liczba członków okręgowych sądów lekarskich uzależniona była od liczby lekarzy w danej izbie²⁵.

²¹ Tak art. 10 przywoływanej ustawy.

²² Zgodnie z art. 20 tego aktu normatywnego lekarze rządowi, samorządowi, Polskich Kolei Państwowych oraz instytucji ubezpieczeń społecznych, nie mogli zostać pociągnięci do odpowiedzialności bez zgody Ministra Opieki Społecznej, a lekarze wojskowi bez zgody Ministra Spraw Wojskowych. Uprawnienia te Minister mógł przekazać wojewodom (ewentualnie Komisarzowi Rządu dla miasta Warszawy), a Minister Spraw Wojskowych dowódcom Okręgów Korpusowych. (Tak J. Skrzypczak, op. cit., s. 68–76).

²³ Podobnie jak pod rządem poprzedniej ustawy, przewidziano tu możliwość zaostreżenia kar przez ogłoszenie ich w dzienniku urzędowym izb lekarskich na koszt skazanych, bądź też na grzywnę do 500 zł, przeznaczaną na fundusz pomocy dla rodzin po zmarłych lekarzach. Nagana pociągała za sobą utratę prawa wybieralności przy najbliższych wyborach do izb lekarskich. Zawieszenie oznaczało pozbawienie prawa wykonywania zawodu na czas oznaczony oraz praw wyborczych do władz korporacji na okres zawieszenia i następne 5 lat. Ustawa wyraźnie stanowiła, iż nałożenie takiej kary nie pociągało utraty uprawnień nabytych wskutek przynależności lekarza do instytucji ubezpieczenia na wypadek śmierci. Skreślenie z listy członków korporacji zawodowej oznaczało pozbawienie prawa wykonywania zawodu oraz wybieralności do organów izb na zawsze. (Patrz szerzej J. Skrzypczak, op. cit., s. 68–76).

²⁴ Opublikowano w Dz. U. 1936, Nr 29, poz. 537. Przewidziano tu możliwość zawieszenia postępowania o cząsu rozstrzygnięcia innego postępowania (np. karnego), od którego zależał wynik sprawy, aczkolwiek podkreślono, że postępowanie dyscyplinarne toczy się niezależnie od innych postępowań. (Por. J. Skrzypczak, op. cit., s. 68–76).

²⁵ I tak przewidziano 12 członków sądu dla izby liczącej 1000 lekarzy, 14 osób, gdy zarejestrowano od 1000 do 1500, 16 członków w izbach liczących od 1500 do 2000, oraz 18 przedstawicieli dla izby skupiającej ponad 2000 lekarzy. Przewidziano możliwość powołania przez rady okręgowych izb lekarskich stałych zamiejscowych wydziałów sądów dyscyplinarnych, składających się z dodatkowych trzech członków sądu i jednego zastępcy. Stanowiska członka sądu dyscyplinarnego nie można było łączyć z członkostwem w zarządzie, komisji rewizyjnej okręgowych i Naczelnej Izby Lekarskiej. Przewodniczącego sądu NIL zobowiązano do prowadzenia księgi zasadniczych orzeczeń. Właściwość sądu dyscyplinarnego wyznaczana była według przynależności obwinionego lekarza do konkretnej izby. Przewidziano możliwość wyłączenia sędziego. Obrońcą mógł być jedynie członek właściwej izby lekarskiej. Zapisano również instytucję obrońcy z urzędu. Postępowania przygotowawcze prowadził rzecznik dyscyplinarny,

W dniu 18 sierpnia 1936 r. Naczelna Izba Lekarska uchwaliła „Regulamin urzędowania rzeczników dyscyplinarnych izb lekarskich”, precyzujący zakres uprawnień i tryb postępowania tego organu²⁶. W myśl tego dokumentu zadaniem rzeczników było stanie na straży etyki stanu lekarskiego²⁷. Procedura przewidywała etap postępowania wyjaśniającego i sądowego²⁸.

działający z ramienia zarządu izby lekarskiej, a wybierany przez zarząd spośród członków izby. Zarząd NIL wybierał Rzecznika Dyscyplinarnego i jego zastępców spośród członków wszystkich izb lekarskich. Oddzielono funkcję rzecznika dyscyplinarnego od sprawowania stanowiska w zarządzie izby, sądzie i komisji rewizyjnej. Co ciekawe, wojewoda w ważnych sprawach mógł delegować swojego przedstawiciela, który działał obok rzecznika. Rzecznik dyscyplinarny po przeprowadzaniu dochodzenia informował zarząd izby o jego wynikach, który to podejmował decyzję o skierowaniu wniosku o ukaranie do sądu dyscyplinarnego. Organ ten mógł także umorzyć postępowanie, jeżeli zarzuty okazały się bezpodstawne. Na umorzenie postępowania obwiniony i pokrzywdzony mogli wnieść zażalenie do Zarządu NIL w terminie 7 dni. Od uchwały tego organu można było się odwołać do Sądu Dyscyplinarnego NIL. Ta decyzja była już ostateczna. Jeżeli natomiast zawiadomienie o popełnieniu przewinienia zawodowego złożył organ państwowy lub samorządowy, umorzenie mogło zostać dokonane tylko przez sąd dyscyplinarny. Zagwarantowano również, iż sąd dyscyplinarny nie mógł oddalić wniosku dowodowego zgłoszonego przez przedstawiciela wojewody.

²⁶ Dz. U. I.L. 1936, s. 259–260.

²⁷ Postulowano, aby powoływać na to stanowisko tylko lekarzy zamieszkałych w siedzibie izby lub w jej pobliżu. Przewidziano również możliwość wyznaczenia rzeczników w niektórych miastach na terenie działania tej izby. Członek izby mógł odmówić udziału w pracach rzecznika jedynie wyjątkowo, natomiast zarząd izby mógł odwołać taką osobę w każdym momencie bez podania przyczyn. Liczba rzeczników uzależniona była wyłącznie od decyzji zarządu. Przy czym ilość kadencji rzeczników była nieograniczona. Rzecznicy w ramach jednej izby tworzyli kolegium rzeczników. Przewodniczący kolegium zobligowany był do zwoływania co najmniej raz na kwartał konferencji rzeczników, mających na celu ujednolicenie praktyki, omówienie orzeczeń Sądu NIL. Rozdziału spraw pomiędzy poszczególnych rzeczników dokonywał przewodniczący. Patrz szerzej J. Skrzypczak, op. cit., s. 76–96.

²⁸ Etap postępowania wyjaśniającego rozpoczynał się od przesłania przez rzecznika kopii skargi z żądaniem ustosunkowania się przez lekarza. Wyraźnie również zagwarantowano, iż rzecznik ma prawo, a sądy powszechne obowiązek, przekazania akt sprawy, jeżeli dotyczą tego samego czynu. W razie potrzeby można było zlecić przeprowadzenie niektórych czynności dochodzenia właściwemu rzecznikowi innej izby. Po zakończeniu postępowania rzecznik składał przewodniczącemu kolegium rzeczników akta sprawy z wnioskiem o dalsze decyzje. Wnosząc o umorzenie postępowania należało dołączyć uzasadnienie. Z kolei wniosek o ukaranie powinien zawierać oprócz personaliów obwinionego, także dokładne określenie zarzucanego czynu ze wskazaniem miejsca, czasu i okoliczności oraz uzasadnienie i dowody na poparcie zarzutów. Przewodniczący taki wniosek kierował w pierwszej kolejności do zarządu izby. Mógł jednak sam zmienić treść wniosku. Jeżeli decyzja zarządu była zgodna z тезami wniosku o ukaranie, to rzecznik ten występował dalej przed sądem popierając żądanie ukarania. O wydanym przez sąd dyscyplinarny wyroku lub innym postanowieniu kończącym postępowanie rzecznik informował przewodniczącego kolegium i zarząd izby. Jeżeli zarząd izby zdecydował się wnieść odwołanie wbrew występującemu w sprawie rzecznikowi, pismo procesowe w tej sprawie formułował przewodniczący kolegium. W kolejnej fazie postępowania, czyli przed sądem dyscyplinarnym, nieusprawiedliwione niestawiennictwo obwinionego lub jego obrońcy nie hamowało postępowania. Istniała możliwość złożenia pisemnych wyjaśnień przez obwinionego. Postępowanie przed sądami dyscyplinarnymi było tajne. Mogło w nim brać udział, oprócz prezesa sądu, dwóch mężów zaufania wybranych przez obwinionego spośród lekarzy. Orzeczenie o winie mogło zapaść jedynie po przeprowadzeniu rozprawy. Orzeczenia dzieliły się na wyroki rozstrzygające co do meritum sprawy, postanowienia kończące sprawę oraz zarządzenia, które wydawał przewodniczący składu. Zezwolono na odpowiednie stosowanie Kodeksu postępowania karnego w kwestiach nieuregulowanych w omawianym tu akcie normatywnym. Stronom przysługowało prawo przeglądania akt, sporządzania oraz domagania się wydania uwierzytelnionych przez sąd odpisów. Wykonanie wyroku powierzono okręgowym izbom lekarskim oraz Ministrowi Opieki Społecznej. Przewidziano instytucję wznowienia postępowania. W razie uznania lekarza winnym przewinienia zawodowego, skazany ponosił koszty postępowania, na które składały się m.in. koszty przesyłek, doręczeń, przejazdu i stawiennictwa świadków, biegłych, sędziów oraz diety sędziowskie w wysokości 20 zł za każde posiedzenie. W Biuletynie Urzędowym Izby Lekarskiej zamieszczono także wzór „Regulaminu wewnętrznego trybu urzędowania Sądu Dyscyplinarnego Okręgowej Izby Lekarskiej”, będący następnie przyjmowany przez uchwały zarządu poszczególnych izb. Zgodnie z tym wzorcem powielanym później w okręgach, siedzibą sądu była siedziba izby, aczkolwiek dopuszczano utworzenie stałego zamiejscowego wydziału sądu. Przewidywano również możliwość zwoływania zebrań członków sądu w celu omawiania orzeczeń Sądu NIL, ale także spornych zagadnień powstałych na tle praktyki. Uchwały tego grona miały charakter jedynie opi-

Na mocy ustawy z 11 stycznia 1938 r. o izbach lekarsko-dentystycznych²⁹ powołano do życia odrębny samorząd zawodowy lekarsko-dentystyczny. Tym sposobem stworzono okręgowe izby i Naczelną Izbę Lekarsko-Dentystyczną. Zadania określono identycznie jak w ustawie z 1935 r. dla samorządu lekarskiego, gwarantując oczywiście możliwość sprawowania sądownictwa dyscyplinarnego i polubownego³⁰.

Po drugiej wojnie światowej na mocy dekretu z dnia 8 listopada 1946 r. o organizacji samorządu zawodowego lekarskiego, lekarsko-dentystycznego i aptekarskiego³¹, przez krótki okres reaktywowano działalność samorządu lekarskiego, w tym i sądownictwa dyscyplinarnego, w kształcie określonym w ustawie z 1935 r. Naczelna Izba Lekarska ogłosiła Kodeks deontologii lekarskiej w brzmieniu z roku 1935. Przestał on obowiązywać wraz ze zniesieniem izb lekarskich w roku 1950³², jako że ustawą z dnia 18 lipca 1950 r. o zniesieniu izb lekarskich zlikwidowano samorząd lekarski, w tym i sądownictwo dyscyplinarne³³.

Zasadnicze znaczenie w zakresie odpowiedzialności zawodowej odegrała w tym okresie ustawa o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia³⁴. W art. 3

niodawczy. Jednocześnie zobowiązano członka sądu do zachowania bezwzględnej tajemnicy, zwłaszcza wszystkiego tego, czego dowiedział się w związku ze sprawą, a więc m.in. przebiegu rozprawy, narady nad wyrokiem, głosowania. Zakazano nawet rozmów na ten temat za wyjątkiem dyskusji w składzie orzekającym. Istniała także instytucja sędziów referentów, odpowiedzialnych za dokładne przedstawienie sprawy pozostałym członkom sądu. Referenta do każdej sprawy, tak zresztą jak wszystkich pozostałych członków, wyznaczał prezes. Do zadań prezesa należały nadto sprawy organizacyjne i zarządzające, do czego pomocne było biuro sądu. Na mocy regulaminu sekretariat zobligowano do prowadzenia skorowidzu spraw dyscyplinarnych, repertorium „D”, do którego wpisywano sprawy wpływające z wnioskami o ukaranie, repertorium „U”, czyli sprawy do umorzenia, repertorium „R”, do którego wpisywano inne sprawy. W dniu 18 sierpnia 1936 r. Naczelna Izba Lekarska uchwaliła także regulamin Sądu Naczelnej Izby, analogiczny do wyżej omówionych rozwiązań, z tym jednak zastrzeżeniem, że chodziło tu o instancję odwoławczą. Szerzej J. Skrzypczak, op. cit., s. 76–96.

²⁹ Dz. U. RP 1939, Nr 6, poz. 33.

³⁰ Za naruszenie zasad etyki, godności zawodu czy też niedopełnienia obowiązków sumiennego wykonywania obowiązków zawodowych, sądy dyscyplinarne mogły wymierzać te same kary. Wyraźnie jednak stwierdzono, że kary orzeczone przez sądy dyscyplinarne izb lekarskich odnoszą skutek również na terenie izb lekarsko-dentystycznych. Również zasady i tryb powoływania członków sądów lekarskich był identyczny jak w ustawie z 1935 r. Uchwalono Regulamin Okręgowej Izby Lekarsko-Dentystycznej, zatwierdzony przez Naczelną Izbę Lekarsko-Dentystyczną dnia 26 marca i 30 kwietnia 1939 r. (Dz. U. I.L. 1939, Nr 6, poz. 33). Zgodnie z § 31 tego dokumentu wybie-rano 12 członków okręgowego sądu i 6 zastępców. J. Skrzypczak, op. cit., s. 76–96.

³¹ Dz. U. 1946, Nr 64, poz. 354; Dz. U. 1948, Nr 50, poz. 385 oraz Dz. U. 1949, Nr 25, poz. 176.

³² A. Tulczyński, op. cit., s. 41–42.

³³ W roku 1959 opublikowano projekt przygotowany przez prof. dr Tadeusza Kielanowskiego zatytułowany „Kodeks deontologii polskiej służby zdrowia”, który nie doczekał się jednak uchwalenia. Dopiero 3 czerwca 1967 r. Polskie Towarzystwo Lekarskie przyjęło „Zasady etyczno-deontologiczne P.T.L.”. A. Tulczyński, op. cit., s. 44–45, a Nadzwyczajne Walne Zebranie Delegatów tego towarzystwa 10 listopada 1977 r. uchwaliło „Zbiór zasad etyczno-deontologicznych Polskiego Lekarza”, zatwierdzone przez Ministra Zdrowia i Opieki Społ. dwa lata później (idem, *Polskie kodeksy deontologiczne, w: Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej*, red. T. Kielanowski, Warszawa 1980, s. 162–167) Minister zalecił stosowanie tych zasad przy orzekaniu przy przewinieniach zawodowych przez komisje kontroli zawodowej (Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej Nr 6 poz. 30–36 z dnia 30.03.1968 r. – akt ten odnosił się wprawdzie do wersji zasad z roku 1967 r., ale pod rządem nowego dokumentu był dalej aktualny (patrz B. Popielski, *Orzecznictwo lekarskie*, Warszawa 1981, s. 354). Oprócz zasad etyki, podstawą odpowiedzialności była ustawa o zawodzie lekarza oraz inne ustawy, takie jak ustawa o zapobieganiu chorobom zakaźnym i ich zwalczaniu Dz. U. 1963, Nr 50, poz. 279, ustawa w sprawie urządzania cmentarzy, prowadzenia ksiąg cmentarnych oraz chowania zmarłych Dz. U. 1972, Nr 47, poz. 299, ustawa o środkach farmaceutycznych i odurzających oraz artykułach sanitarnych Dz. U. 1951, Nr 1, poz. 4., ustawa o substancjach trujących Dz. U. 1963, Nr 22, poz. 116, ustawa o zwalczaniu alkoholizmu Dz. U. 1959, Nr 69, poz. 434, ustawa o zwalczaniu gruźlicy Dz. U. 1959, Nr 27, poz. 170, dekret o zwalczaniu chorób wenerycznych Dz. U. 1949, Nr 51, poz. 394.

³⁴ Dz. U. 1950, Nr 36, poz. 332.

stwierdzono, że fachowy pracownik służby zdrowia, który narusza zasady etyki, godności bądź sumienności zawodowej, przez działanie, zaniechanie lub zaniebane, popełnia wykroczenie zawodowe, za które ponosi odpowiedzialność zawodową. Przewidziano tu następujący katalog kar: upomnienie, nagana, pozbawienie prawa wykonywania zawodu na stałe lub czasowo, nie krócej niż na jeden rok w określonej miejscowości lub okręgu³⁵. Dodatkowo sankcje te mogły być zaostrzone grzywną w wysokości 150 zł i ogłoszeniem w wojewódzkim dzienniku urzędowym lub w prasie zawodowej. Ukaranie karą nagany lub czasowym pozbawieniem zawodu wiązało się z brakiem możliwości zatrudnienia na samodzielnych stanowiskach w społecznych zakładach służby zdrowia³⁶. Organami powołanymi do orzekania w tych sprawach były: okręgowe komisje kontroli zawodowej oraz w II instancji Odwoławcza Komisja Kontroli, działająca przy Ministrze Zdrowia. Zgodnie z ustawą zasiadali w nich pracownicy służby zdrowia przez okres 2 lat, wyróżniający się działalnością społeczną i zawodową, powołani przez Ministra Zdrowia oraz delegaci wojewódzkiej rady narodowej jako tzw. czynnik społeczny³⁷. Na żądanie Ministra Zdrowia, ale także z własnej inicjatywy, Komisja Odwoławcza ustalała na posiedzeniach plenarnych obowiązujące zasady etyki, godności i sumienności zawodowej i rozstrzygała wątpliwości powstałe w tym zakresie. Okręgowe komisje wszczynały postępowanie w sprawach odpowiedzialności zawodowej na wniosek rzecznika dobra służby zdrowia, które po przeprowadzeniu rozprawy w orzeczeniu kończącym postępowanie, uznając obwinionego winnym zarzucanego przewinienia zawodowego, nakładały jedną z możliwych kar³⁸. W dniu 22.09.1950 r. wydano rozporządzenie

³⁵ B. Popielski, op. cit., s. 351.

³⁶ Ukaranie jedną z kar, o których mowa powyżej, nie wykluczało równoczesnego pociągnięcia do odpowiedzialności karnej. Pracownikami fachowymi służby w myśl tej ustawy byli nie tylko lekarze i lekarze dentyści, ale także farmaceuci, felcerzy, technicy dentyści, pielęgniarki i położne, za wyjątkiem osób zatrudnionych w czynnej służbie wojskowej i służbie bezpieczeństwa publicznego. Pociągnięcie do odpowiedzialności zawodowej pracownika służby zdrowia zatrudnionego w państwowej służbie zdrowia lub instytucjach państwowych wymagało zgody właściwego ministra, który jednak mógł przekazywać swoje kompetencje w tym zakresie takim organom jak: rektorzy akademii medycznych lub dyrektorzy instytucji naukowych, a dla zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej – wydziałom zdrowia urzędów wojewódzkich. Zgodnie z instrukcją 28/59 Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 1959 r. w sprawie zasad współpracy organów administracji państwowej ze Związkiem Zawodowym Pracowników Służby Zdrowia w sprawach odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia Dziennik Urzędowy Ministerstwa Zdrowia, 1959, nr 14, poz. 69, wydziały zdrowia, rektorzy akademii medycznych i dyrektorzy instytutów naukowych powinni w tym zakresie zasięgać opinii zarządów okręgowych tych związków. Przedawnienie karalności następowało po 5 latach B. Popielski, op. cit., s. 352.

³⁷ Na plenarnym zebraniu wybierano prezesa. Komisje orzekały w składach 3-osobowych, przy czym w skład składu orzekającego powinien wchodzić przynajmniej 1 przedstawiciel zawodu, do którego należał obwiniony. Członkowie komisji odwoławczej powoływani byli na okres 5 lat, przy czym 2/3 liczby członków powoływanych było przez Ministra Zdrowia spośród kandydatów wyróżniających się działalnością społeczną i zawodową oraz zaproponowanych przez Centralną Radę Związków Zawodowych, zaś 1/3 członków to powoływani przez Ministra Sprawiedliwości sędziowie zawodowi. Komisja Odwoławcza orzekała w składzie 5-osobowym, z udziałem jednego sędziego zawodowego. Rolę oskarżyciela w tym postępowaniu pełnili rzecznicy dobra służby zdrowia i ich zastępcy. Obwiniony mógł wybrać sobie obrońcę spośród tzw. fachowych pracowników służby zdrowia. Prezes komisji dysponował prawem wyznaczenia obrońcy z urzędu spośród grona pracowników, o których mowa była w ustawie. Ibidem, s. 353. Ustawa gwarantowała członkom komisji i rzecznikom wynagrodzenie za sprawowanie swoich funkcji.

³⁸ W skład kompletu orzekającego wchodził członek komisji delegowany przez wojewódzką radę narodową, przedstawiciel zawodu, do którego należał obwiniony, a w skład komisji odwoławczej ponadto przedstawiciel Centralnej Rady Związków Zawodowych. Przewidziano możliwość zwiększenia składu orzekającego wówczas, gdy obwinionych było co najmniej dwóch. Komisja odwoławcza w sprawach skomplikowanych mogła przekazać sprawę do rozpoznania zwiększonemu składowi, któremu przewodniczył prezes. Dla wyjaśnienia prawdy obiektywnej komisje zobligowano do przeprowadzenia postępowania dowodowego, natomiast co do przypadków wyłączenia członka komisji należało sięgnąć pomocniczo do Kodeksu postępowania karnego. Postępowanie było tajne. Prezes

Ministra Zdrowia w sprawie organów kontroli zawodowej oraz postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia³⁹.

Ustawą z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich⁴⁰ reaktywowano samorząd lekarski i sądy sprawujące odpowiedzialność zawodową. Konkretyzacją postanowień ustawy jest rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26 września 1990 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy⁴¹. Zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. (Dz. U. Nr 38, poz. 158 z późn. zm.) o izbach lekarskich członkowie samorządu lekarzy podlegali odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne: z zasadami etyki, deontologii zawodowej, za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza⁴². Sprawy odpowiedzialności zawodowej lekarzy rozpatrywały Okręgowe Sądy Lekarskie (OSL) i Naczelny Sąd Lekarski (NSL), natomiast oskarżycielem w takiej sprawie był Okręgowy albo Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej. OSL orzekały we wszystkich sprawach jako I instancja, z tym, że w sprawach odpowiedzialności zawodowej członków okręgowej rady lekarskiej i okręgowej komisji rewizyjnej orzekał OSL wyznaczony przez NSL. Do kompetencji Naczelnego Sądu Lekarskiego należało rozpatrywanie odwołań od orzeczeń OSL lub orzekał jako I instancja w sprawach członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej oraz członków OSL i okręgowych rzeczników i ich zastępców. Kary jakie przewidziano tym aktem normatywnym to upomnienie, nagana, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od 6 miesięcy do 3 lat oraz pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Kary nagany i zawieszenia prawa wykonywania zawodu pociągały za sobą utratę prawa wybieralności do organów izb lekarskich do czasu usunięcia z rejestru wzmianki o ukaraniu⁴³. Lekarz zawieszony w czynnościach zawodowych nie mógł wykonywać praktyki lekarskiej w żadnej formie. Kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu powodowała skreślenie z listy członków okręgowej izby lekarskiej bez prawa ubiegania się o ponowny wpis. W razie prawomocnego ukarania zawieszeniem lub pozbawieniem prawa wykonywania zawodu stosunek pracy lekarza ulegał zakończeniu (wskutek rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika).

Aktualnie kwestia odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentystów uregulowana się ustawą z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich⁴⁴. Wprowadzenie nowej regulacji, podyktowane było koniecznością zdyskontowania dwudziestoletniej praktyki funkcjonowania izb lekarskich. Projekt nowego aktu normatywnego został przygotowany w oparciu o założenia przygotowane przez przedstawicieli samorządu zawodowego. Ustawa zachowała strukturę organów powołanych do sprawowania odpowiedzialności zawodowych lekarzy. Tak więc w okręgowych izbach lekarskich funkcjonują okręgowi rzecznicy odpowiedzialno-

mógł jednak w przypadkach uzasadnionych zarządzić jawność postępowania przed komisją. Wykonanie kar powierzono wydziałom zdrowia wojewódzkich rad narodowych. J. Skrzypczak, op. cit., s. 96–100.

³⁹ Dz. U. 1950, Nr 47, poz. 243.

⁴⁰ Dz. U. Nr 30, poz. 158 z późn. zm.

⁴¹ Dz. U. Nr 64, poz. 406.

⁴² Należy podkreślić, iż postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej o ten sam czyn toczy się niezależnie od postępowania karnego lub postępowania dyscyplinarnego, wszczętego w jednostce organizacyjnej, w której przepisy szczególne przewidują takie postępowanie (czyli np. na uczelni). Może ono jednak być zawieszone do czasu zakończenia postępowania karnego.

⁴³ Czyli odpowiednio po upływie 3 i 5 lat nienaganej pracy zawodowej.

⁴⁴ Dz. U. Nr 219, poz. 1708. Zob. szerzej G. Wrona, J. Skrzypczak, *Podstawy prawne odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Uwagi de lege lata, postulaty de lege ferenda a rozwiązania przyjęte w nowej ustawie o izbach lekarskich*, „Medyczna Wokanda” 2009, nr 1, s. 64–70; G. Wrona, *Odpowiedzialność zawodowa lekarzy w nowej ustawie o izbach lekarskich – wybrane zagadnienia*, „Medyczna Wokanda” 2010, nr 2, s. 69–76.

ści zawodowej oraz okręgowe sądy lekarskie, natomiast w Naczelnej Izbie Lekarskiej działa Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy⁴⁵ i Naczelny Sąd Lekarski. Wprowadzono natomiast istotne zmiany w zakresie odpowiedzialności zawodowej. Po pierwsze wszystkie najważniejsze zasady postępowania przed organami samorządu zawodowego zostały teraz określone w ustawie, a nie jak poprzednio w akcie wykonawczym.

Po drugie zmieniono zakres odpowiedzialności zawodowej. Otóż zgodnie z art. 53 tego aktu normatywnego członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej⁴⁶ oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu le-

⁴⁵ Rola NROZ w nowej ustawie została zmieniona. Organ ten utracił możliwość rozpatrywania zażaleń na postanowienia OROZ o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego i umorzeniu postępowania wyjaśniającego. Kompetencje te zostały przekazane OSL. Natomiast Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej dysponuje uprawnieniem do przedłużenia okresu postępowania wyjaśniającego na dalszy czas określony, nie dłuższy niż 6 miesięcy. W przypadku niezakończenia postępowania wyjaśniającego w terminie roku, akta sprawy przekazuje się Naczelnemu Sądowi Lekarskiemu, który może przedłużyć postępowanie wyjaśniające na dalszy czas określony. Nową instytucją jest możliwość złożenia do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej zażalenia na przewlekłość postępowania prowadzonego przez okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. NROZ po otrzymaniu zażalenia na przewlekłość postępowania, może: wydać postanowienie o przejęciu postępowania wyjaśniającego, zażalenie oddalić, przekazać postępowanie do dalszego prowadzenia przez tego samego rzecznika odpowiedzialności zawodowej, ustalając wytyczne co do sposobu jego załatwienia, wraz z wyznaczeniem terminu załatwienia sprawy, przekazać postępowanie do dalszego prowadzenia przez wskazanego okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

⁴⁶ W kwestii charakteru i znaczenia Kodeksu etyki lekarskiej, a więc uchwały Krajowego Zjazdu Lekarzy, zawierającego zbiór zasad etyki lekarskiej, wypowiedział się Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z dnia 23 kwietnia 2008 r. Przypomnieć w tym miejscu należy, że na gruncie poprzedniej Konstytucji, Trybunał wypowiadał się już w kwestii możliwości oceny Kodeksu etyki lekarskiej. Otóż w postanowieniu Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 1992 r. Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 października 1992 r. sygn. akt 1/92 opublikowane w: OTK 1992, nr 2, poz. 38 zamieszczono tezę, że przedmiotem oceny Trybunału Konstytucyjnego nie może być sama norma etyczna, a jedynie norma prawna, którą norma etyczna dookreśla. W rozpatrywanej sprawie uznano, że przedmiotem oceny Trybunału Konstytucyjnego w niniejszej sprawie były przepisy ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich dookreślone przez normy Kodeksu etyki lekarskiej. Z kolei w uchwale Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 marca 1993 r. (Uchwała Trybunału Konstytucyjnego z dnia 17 marca 1993 r. (sygn. akt W 16/1992) sformułowano tezę, że art. 41 w związku z art. 15 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich nie ma zastosowania w zakresie, w jakim zachowanie się lekarza jest zgodne z nakazem lub zakazem albo upoważnieniem obowiązującej ustawy. Natomiast w uzasadnieniu przywołanego już powyżej wyroku TK z dnia 23 kwietnia 2008 r., że możliwa jest kontrola normy ustawowej dookreślonej następnie przez treść konkretnego postanowienia aktu uchwalonego przez organ samorządu zawodowego. Stąd też uznano, że przedmiotem kontroli TK może być art. 52 ust. 2 KEL w związku z art. 15, 41 i 42 ustawy o izbach lekarskich. Wyjaśniono natomiast, że poza zakresem merytorycznej kontroli Trybunału pozostaje przyrzeczenie lekarskie. Argumentowano, że przysięga taka nie stanowi integralnego fragmentu KEL (brzmienie zostało bowiem ustalone odrębną uchwałą Krajowego Zjazdu Lekarzy bez wyraźnej podstawy prawnej), ponadto jedynie uogólnia normy zawarte w KEL. W tym samym orzeczeniu podkreślono, że w trybie skargi konstytucyjnej nie można badać zgodności kwestionowanych aktów normatywnych z umowami międzynarodowymi. Warto przy okazji niejako odnotować, że w tym samym wyroku (w uzasadnieniu) TK analizował zarzut naruszenie art. 17 ust. 1 Konstytucji. Podobnie jak w sprawie o sygn. akt P21/02 TK argumentował *Unormowanie art. 17 ust. 1 Konstytucji upoważnia samorządy zawodów zaufania publicznego do sprawowania pieczy nad należytym wykonywaniem tych zawodów. Ma być ona sprawowana – z wyraźnego nakazu ustrojodawcy – w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Sformułowanie to, po pierwsze precyzuje cel i granice sprawowanej pieczy nad wykonywaniem zawodów. Cel ten to przestrzeganie właściwej jakości – w sensie merytorycznym i prawnym – czynności składających się na wykonywanie zawodów. Po wtóre sformułowanie art. 17 ust. 1 wyznacza ramy i ukierunkowanie sprawowanej pieczy. Ramy te determinuje interes publiczny. [...] W analizowanym wypadku dotyczy to zarówno procesów stanowienia korporacyjnych norm deontologicznych, jak i ich wykładni oraz stosowania przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie. Organy samorządu zawodowego nie mogą nie uwzględnić treści art. 17 Konstytucji w toku wykonywania swoich ustawowych oraz statutowych kompetencji. Ustrojodawca, zezwalając na powierzenie organom samorządu zawodowego określonych zadań z zakresu administracji publicznej i wprowadzając przymus przynależności do korporacji zawodowej, podnosi interes publiczny do rangi uzasadnienia i osta-*

karza, zwane „przewinieniem zawodowym”. Wyeliminowano zatem z tego zakresu możliwość pociągnięcia do odpowiedzialności w przypadku naruszenia zasad etyki⁴⁷. Ponadto ustawa przyznała pokrzywdzonemu status strony postępowania. Zgodnie z art. 56 ustawy obecnie stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy są pokrzywdzony oraz lekarz, którego dotyczy postępowanie⁴⁸ lub obwiniony⁴⁹. Obwiniony może ustanowić nie więcej niż dwóch obrońców spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych oraz w postępowaniu przed sądem lekarskim także rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Ustawa zdefiniowała pokrzywdzonego jako osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nieposiadającą osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe⁵⁰.

Aktualnie przewidziano następujące etapy postępowania: czynności sprawdzające⁵¹, postępowanie wyjaśniające⁵², postępowanie przed sądem lekarskim, postępowanie wykonaw-

tecznego celu wyposażenia organów samorządu zawodowego w wymienione atrybuty. [...] Praktyka orzecznicza sądów lekarskich, polegająca na nadaniu przepisowi art. 52 ust. 2 KEL treści, która abstrahuje od nakazanego konstytucyjnie wartościowania, jest więc nieuzasadniona i wzmacnia zarzut naruszenia art. 54 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 i art. 17 ust. 1 Konstytucji. Warto też odnotować, że 16 grudnia 2008 r. kwestią zgodności art. 52 KEL z art. 10 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności zajmował się Europejski Trybunał Praw Człowieka. Sprawa została wytoczona Polsce przez dr Frankowicza – ginekologa, prezesa stowarzyszenia ochrony prawa pacjenta (dane osobowe są tu jawne), który wydał na zlecenie pacjenta w 1996 r. krytyczną pisemną opinię o postępowaniu innego lekarza. Stwierdził w niej, że szpital w Tarnowie przyczynił się do pogorszenia stanu jego zdrowia, odmawiając wykonania biopsji, przez co w porę nie zdiagnozowano, że ma marskość wątroby i jego zdaniem nie rozpoczęto prawidłowego leczenia. Obwiniony lekarz został ukarany przez sądy lekarskie (I i II instancji) karą nagany, co jego zdaniem uniemożliwiło mu przez kilka lat możliwość awansu zawodowego. ETPCz podkreślił wprawdzie w swym uzasadnieniu, iż relacja lekarza z pacjentem powinna bazować na wzajemnym zaufaniu, co może się wiązać z koniecznością zachowania solidarności członków samorządu zawodowego lekarzy. Ale pacjent ma prawo do informacji o opinii na temat postępowania lekarskiego, które jego dotyczyło. Podkreślono, iż nie można za rzetelne opinie o postępowaniu innego lekarza karać, bo w ten sposób odstraszy się innych lekarzy od wydawania opinii o rzeczywistym stanie zdrowia i prawidłowości leczenia pacjenta. Zdaniem ETPCz opinia wydana przez lekarza była rzetelna (choć był ginekologiem a wypowiadał się o postępowaniu innego specjalisty) i nie była publicznym dyskredytowaniem ponieważ sporządził ją na zlecenie pacjenta i przekazał mu bezpośrednio, a nie podał do wiadomości publicznej. Nie miał przy tym na celu dyskredytowania lekarzy i działał w obronie interesu publicznego, a sąd lekarski nawet nie zbadał słuszności opinii sporządzonej przez lekarza. Stąd też ukaranie lekarza za taką opinię stanowi naruszenie art. 10 Europejskiej Konwencji. ETPCz w rezultacie zasądził 3000 Euro od Polski na rzecz lekarza. Na te tej warcie poczynić jednak dwie uwagi. Mianowicie stan faktyczny w tej sprawie dotyczył roku 1996 r., a zatem „starego”, nieaktualnego dziś już brzmienia KEL. Druga kwestia wydaje się być jednak znacznie istotniejsza. Mianowicie Trybunał nie podzielił zarzutu skarżącego, że postępowanie przed sądem lekarskim nie spełnia wymogów prawa do rzetelnego sądu. I to stwierdzenie ETPCz ma dla sądów lekarskich ogromne znaczenie. W ten sposób Europejski Trybunał przesądził w istocie legalność funkcjonowania tego „lekarskiego wymiaru sprawiedliwości”, co niektórzy przecież w Polsce kwestionowali.

⁴⁷ W dotychczasowej praktyce ta kwestia budziła spore kontrowersje. Pojawiały się bowiem wątpliwości o jakie zasady etyczne może w tym przepisie chodzić.

⁴⁸ Trzeba tu podkreślić, że status „lekarza, którego dotyczy postępowanie” nie jest bliżej określony ustawą.

⁴⁹ Za obwinionego uważa się lekarza, wobec którego w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutów lub, przeciwko któremu skierował do sądu lekarskiego wniosek o ukaranie.

⁵⁰ Pokrzywdzony może działać sam lub przez pełnomocnika. Zgodnie z postanowieniami ustawy może on ustanowić nie więcej niż dwóch pełnomocników spośród lekarzy, adwokatów lub radców prawnych.

⁵¹ Celem czynności sprawdzających jest wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W trakcie czynności sprawdzających nie przeprowadza się dowodu z opinii biegłego ani czynności wymagających spisania protokołu, z wyjątkiem możliwości przesłuchania w charakterze świadka osoby składającej skargę na lekarza.

⁵² Celem postępowania wyjaśniającego jest ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego ustalenie obwinionego oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla sądu lekarskiego.

cze. Niezwykle istotną zmianą jest wprowadzenie jawności postępowania przed sądem lekarskim⁵³. Do tej pory postępowanie przed sądem lekarskim było jawne jedynie dla członków samorządu zawodowego. W ten sposób zapewniono możliwość pełnego uczestnictwa pokrzywdzonego, ale również publiczności, w tym przedstawicieli prasy. Zmiany dotyczą katalogu kar, jakie mogą orzekać sądy lekarskie. Otóż zgodnie z art. 83 ustawy sądy lekarskie mogą orzekać następujące kary: upomnienie, nagana, karę pieniężną⁵⁴, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat, pozbawienie prawa wykonywania zawodu⁵⁵. Dodatkowo w przypadku wymierzenia jednej z czterech ostatnich z powyższego katalogu kar, można zarządzić opublikowanie orzeczenia w biuletynie okręgowej izby lekarskiej, której obwiniony jest członkiem. Od orzeczenia okręgowego sądu lekarskiego można się odwołać do Naczelnego Sądu Lekarskiego. Natomiast od prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego kończącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, stronom, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i prezesowi Naczelnej Rady Lekarskiej przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego. Kasacja może być wniesiona z powodu uchybień wymienionych w art. 439 § 1 Kodeksu postępowania karnego⁵⁶ lub innego rażącego naruszenia prawa lub z powodu niewspółmierności kary.

Zarówno analiza historycznych uunormowań i współczesnych regulacji przekonuje, iż kompetencja do sprawowania odpowiedzialności zawodowej jest jednym z najistotniejszych uprawnień, ale i obowiązków samorządu zawodowego lekarzy. Przypomnieć trzeba, że w aktualnie obowiązującej ustawie o izbach lekarskich w art. 2 ust. 2 powtórzono – w ślad za normą konstytucyjną – że zadaniem samorządu zawodowego lekarzy jest reprezentowanie osób wykonujących zawody lekarza i lekarza dentysty, sprawowanie pieczy nad należytyim wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony⁵⁷. Wyda-

⁵³ Choć sąd lekarski może wyłączyć jawność rozprawy, jeżeli jawność mogłaby: naruszyć tajemnicę lekarską, wywołać zakłócenie spokoju publicznego; obrażać dobre obyczaje; ujawnić okoliczności, które ze względu na ważny interes państwa powinny być zachowane w tajemnicy; naruszyć ważny interes prywatny. Są to podobne rozwiązania jak w postępowaniu karnym.

⁵⁴ Karę pieniężną orzeka się na cel społeczny związany z ochroną zdrowia w wysokości od jednej trzeciej do czterokrotnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłoszonego przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, obowiązującego w chwili wydania orzeczenia w pierwszej instancji. Karę pieniężną orzeka się samoistnie albo obok kar wymienionych w art. 83 ust. 1 pkt 4–6 ustawy.

⁵⁵ Na marginesie warto zwrócić uwagę na wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18 października 2010 r. (sygn. akt K 1/09), w którym przesądzone, że uregulowania dotyczące innych samorządów zawodowych przewidujące karę pozbawienia prawa wykonywania zawodu bez prawa ubiegania się o ponowny wpis, są niezgodne z Konstytucją. Trzeba tu jednak zaznaczyć, że Trybunał nie rozstrzygał zapisu w ustawie o izbach lekarskich i umorzył postępowanie w zakresie ustawy o izbach lekarskich z 1989 r.

⁵⁶ Chodzi o takie przypadki jak: kasus, gdy w wydaniu orzeczenia brała udział osoba nieuprawniona lub niezdolna do orzekania bądź podlegająca wyłączeniu, sąd był nienależycie obsadzony lub którykolwiek z jego członków nie był obecny na całej rozprawie, sąd niższego rzędu orzekł w sprawie należącej do właściwości sądu wyższego rzędu, orzeczono karę nieznaną ustawie, zapadło z naruszeniem zasady większości głosów lub nie zostało podpisane przez którąkolwiek z osób biorących udział w jego wydaniu, zachodzi sprzeczność w treści orzeczenia, uniemożliwiająca jego wykonanie, zostało wydane pomimo to, że postępowanie co do tego samego czynu tej samej osoby zostało już prawomocnie zakończone, zachodzi jedna z okoliczności wyłączających postępowanie, obwiniony w postępowaniu sądowym nie miał obrońcy w wypadkach obowiązkowych, sprawę rozpoznano podczas nieobecności obwinionego, którego obecność była obowiązkowa.

⁵⁷ W art. 5 wyliczono szczegółowe zadania samorządu lekarzy, a mianowicie: ustanawianie zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie; sprawowanie pieczy nad należytyim i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza; przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji lekarzy, będących obywatelami

je się zatem, że w ramach możliwości sprawowania pieczy nad należytych wykonywaniem zawodu, sprawowanie odpowiedzialności zawodowej jest dominującą prerogatywą⁵⁸.

Summary

The competences of the professional self-governing bodies of doctors with respect to professional liability in Poland

The subject of this study is the analysis of one of the competences of the professional self-governing bodies of medical doctors, namely the exercising of professional liability. Both the analysis of historical provisions and modern regulations confirms that the competence of exercising professional liability is one of the most significant rights and responsibilities

państw członkowskich Unii Europejskiej, zamierzających wykonywać zawód lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; zawieszanie i pozbawianie prawa wykonywania zawodu oraz ograniczanie w wykonywaniu zawodu; prowadzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy; prowadzenie postępowania w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu; prowadzenie lub udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy; opiniowanie i wnioskowanie w sprawach kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i w innych zawodach medycznych; przewodniczenie komisjom przeprowadzającym konkursy na stanowisko ordynatora i uczestnictwo w konkursach na inne stanowiska w ochronie zdrowia, jeżeli odrębne przepisy tak stanowią; opiniowanie kandydatur lekarzy na stanowiska lub funkcje, jeżeli odrębne przepisy tak stanowią; prowadzenie rejestrów lekarzy, rejestrów praktyk lekarskich i rejestrów podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy oraz rejestrów lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód lekarza; opiniowanie warunków pracy i płac lekarzy; integrowanie środowiska lekarskiego; działania na rzecz ochrony zawodu lekarza, w tym występowanie w obronie godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy; zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia; opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza bądź występowanie o ich wydanie; prowadzenie badań dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza; udzielanie zainteresowanym lekarzom informacji dotyczących ogólnych zasad wykonywania zawodu, zasad etyki lekarskiej, a także o przepisach dotyczących ochrony zdrowia; prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin; współdziałanie z organami administracji publicznej, związkami zawodowymi oraz innymi organizacjami w kraju i za granicą w sprawach dotyczących ochrony zdrowia i warunków wykonywania zawodu lekarza; współdziałanie z samorządami zawodów medycznych i innymi organizacjami reprezentującymi zawody medyczne w kraju i za granicą oraz organami państw członkowskich Unii Europejskiej, współpraca z towarzystwami naukowymi, uczelniami, instytutami i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą; zarządzanie majątkiem i działalnością gospodarczą izb lekarskich; wykonywanie innych zadań określonych w odrębnych przepisach.

⁵⁸ Trzeba tu dodać, że izby lekarskie dysponują także innym kompetencjami w zakresie sprawowania pieczy nad należytych sprawowaniem zawodu. Otóż jeżeli okręgowa rada lekarska stwierdzi, że istnieje uzasadnione podejrzenie niedostatecznego przygotowania zawodowego lekarza, powołuje komisję złożoną z lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych, która wydaje opinię o przygotowaniu zawodowym tego lekarza. Okręgowa rada lekarska na podstawie opinii komisji, może zobowiązać lekarza do odbycia uzupełniającego przeszkolenia. W razie uchylania się od uczestnictwa w uzupełniającym przeszkoleniu, okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę o zawieszeniu lekarza w prawie wykonywania zawodu lub o ograniczeniu w wykonywaniu określonych czynności medycznych do czasu zakończenia przeszkolenia (tak art. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. 08.136.857 z późn. zm.). Zgodnie natomiast z art. 12 tego aktu normatywnego jeżeli okręgowa rada lekarska stwierdzi, że istnieje uzasadnione podejrzenie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu lub ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych ze względu na stan zdrowia uniemożliwiający wykonywanie zawodu lekarza, powołuje komisję złożoną z lekarzy specjalistów z odpowiednich dziedzin medycyny. Komisja ta wydaje orzeczenie w przedmiocie niezdolności lekarza do wykonywania zawodu albo ograniczenia w wykonywaniu ściśle określonych czynności medycznych. Okręgowa rada lekarska na podstawie orzeczenia komisji może podjąć uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu na okres trwania niezdolności albo o ograniczeniu wykonywania określonych czynności medycznych na okres trwania niezdolności.

ties of the professional self-governing body of doctors. It should be remembered that the binding law on the chambers of medical doctors stipulates that it is a professional self-government's task to represent individuals who perform the profession of doctor and dentist, and to exercise care that these professions are performed within the limits of public interest and for its protection. Therefore, it seems that exercising of professional liability is the fundamental priority in the realm of ensuring appropriate performance of the profession.